EXPOSÉ

DES

TITRES & TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr J.-L. DAVID

Avril 1907

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1907

TITRES

Externe des hôpitaux de Toulouse (1899).
Externe des hôpitaux de Paris (1900).
Interne des hôpitaux de Paris (1903).
Docteur en médecine (1907).

RÉCOMPENSE

Lauréat de la Faculté de médecine de Toulouse: Prix Gaussail, 1899.

ENSEIGNEMENT

Leçons d'anatomie à l'école pratique, pavillons de dissection (1904-1905).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1. Chondro-sarcome du fémur. *Bull. Soc. Anatomique*, 1904.

2. Tuberculose iléo-cœcale. *Bull. Soc. Anatomique*, 1905.

3. Fibrome utérin pédiculé et tordu. *Bull. Soc. Anatomique*, 1905.

4. Cancer du testicule. *Bull. Soc. Anatomique*, 1906.

5. Syphilome testiculaire. *Bull. Soc. Anatomique*, 1906.

6. Papillome de la langue. *Bull. Soc. Anatomique*, 1906.

7. Chondro-sarcome du fémur, généralisation pulmonaire. *Tribune médicale*, 1904, *en collaboration avec M. Lesné*.

8. Torsion des fibromes de l'utérus au cours de la grossesse. *Semaine gynécologique*, 1906.

9. Occlusions post-opératoires. *Tribune médicale*, 1906.

10. Nouveau procédé d'exclusion intestinale sans section préalable de l'intestin. *Société de Chirurgie*, 1906, *en collaboration avec M. Souligoux*.

11. De la jéjunostomie. *Thèse de doctorat*. Paris, 1907.

INTRODUCTION

J'ai adopté pour l'exposé de mes travaux personnels nne division qui est commandée par la direction même que j'ai donnée à mes recherches. C'est surtout l'intestin qui a été l'objet de mes études entreprises au triple point de vue clinique, expérimental et opératoire.

Après avoir résumé dans un chapitre préliminaire celles de mes publications qui ont trait aux affections des autres appareils, nous indiquerons nos recherches et nos travaux sur lès occlusions post-opératoires, la jéjunostomie et l'exclusion intestinale.

CHAPITRE PREMIER

TUBERCULOSE ILÉO-CŒCALE

(*Bull. Soc. Anatomique.*)

Cette observation est intéressante à plusieurs titres : Il s'agit d'un tuberculome hypertrophique du cœcum ayant évolué chez un enfant de treize ans ; les lésions n'étaient pas localisées seulement au cœcum, l'extrémité de l'intestin grêle était elle-même envahie sur une notable étendue. La tumeur jouissait d'une très grande mobilité dans tous les sens, grâce à un méso-cœcum extrêmement développé. L'extirpation fut des plus faciles et l'examen de la pièce nous permit de constater la présence d'une invagination iléo-colique et d'affirmer la nature tuberculeuse de l'affection.

SYPHILOME TESTICULAIRE

(*Bull. Soc. Anatomique.*)

Nous avons présenté à la Société anatomique un cas de syphilis testiculaire pris pour un néoplasme. La castration

fut pratiquée et l'examen histologique vint nous révéler la nature exacte de la tumeur. Fait intéressant à noter et sur lequel nous avons insisté, le traitement mercuriel (injections de calomel), associé à l'iodure à haute dose, n'avait absolument rien donné.

PAPILLOME DE LA LANGUE

(*Bull. Soc. Anatomique*).

Les papillomes de la langue sont rares. Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas très net dans le service de notre excellent maître, le docteur Bazy, et nous en avons publié l'observation dans les *Bulletins de la Société Anatomique*. La tumeur était pédiculée, mais il existait au niveau de sa base d'implantation une induration en nappe qui avait fait émettre des doutes sur la nature bénigne de la tumeur, d'autant plus que quelques ganglions étaient nettement perceptibles dans les régions sous-maxillaire et carotidienne. Craignant la transformation maligne du papillome, on extirpa d'abord les ganglions, puis on enleva largement la tumeur et la portion de langue sur laquelle elle s'implantait. L'examen histologique nous montra que nous avions à faire à un papillome simple, et que les ganglions ne présentaient aucune trace de néoplasie épithéliale.

CHONDRO-SARCOME DU FEMUR GÉNÉRALISATION PULMONAIRE

(*Tribune médicale*, en collaboration avec M. Lesné.)

Il s'agit d'un cas de sarcomatose pulmonaire consécutive à un sarcome périostique de l'extrémité inférieure du fémur chez une femme enceinte. L'observation que nous rapportons tout au long nous a paru intéressante au triple point de vue : anatomo-pathologique, clinique et thérapeutique.

Après amputation, l'examen de la pièce nous montra que nous avions à faire à un sarcome périostique ossifiant. La malade succomba cinquante-deux jours plus tard, et à l'autopsie nous trouvâmes les deux poumons farcis et criblés de champignons blanchâtres légèrement rosés, tranchant nettement sur la coloration du parenchyme pulmonaire. Le nombre de ces productions néoplasiques était extrêmement considérable. Si au point de vue histologique la tumeur du membre inférieur ne présentait rien de particulier, les néoplasmes secondaires des poumons étaient par contre des plus intéressants. Dans les tumeurs sarcomateuses infiltrant le parenchyme pulmonaire, on voyait en certains points des débuts d'ossification et par endroit de l'os complètement formé, en outre on trouvait dans la lumière des vaisseaux sanguins des cellules néoplasiques. Notre observation vient ainsi à l'appui de la théorie de la

généralisation du sarcome par voie sanguine. L'aspect des poumons, la dissémination des tumeurs sarcomateuses, véritable granulie pulmonaire, plaidaient déjà en faveur de la généralisation par voie sanguine, la présence de cellules néoplasiques dans la lumière des vaisseaux est venue en donner la preuve. Ajoutons que les poumons étaient seuls atteints, qu'il n'existait aucune métastase dans les autres organes, que le placenta était macroscopiquement et microscopiquement sain, que le fœtus était bien constitué et que dans aucun de ses organes nous ne trouvâmes de production sarcomateuse.

Au point de vue clinique nous avons insisté sur l'insidiosité du début, sur la difficulté du diagnostic à la première période et sur l'évolution singulièrement rapide sous l'influence de la grossesse.

Au point de vue thérapeutique nous avons été amené à nous demander qu'elle devait être la conduite à tenir en présence d'une tumeur maligne des membres, d'un sarcome par exemple, évoluant chez une femme enceinte.

L'histoire de notre malade est à cet égard des plus instructives. Le diagnostic de sarcome devenu évident, pour tâcher de sauver la mère et l'enfant on temporisa. Le résultat ne se fit pas attendre. Les événements se précipitèrent : Le 10 décembre, intervention forcée. Le 2 janvier, 23 jours après, accouchement prématuré d'un enfant mort. Le 2 février, la malade succombait à son tour. L'accouchement prématuré d'un enfant mort ne nous semblait pas imputable à l'intervention chirurgicale, puisqu'il n'était survenu que 21 jours après ; nous rendions plus volontiers responsable l'évolution de la généralisation pulmo-

naire et l'hypothèse de l'intoxication de la mère et du fœtus par les poisons des cellules néoplasiques nous satisfaisait davantage.

De notre observation, il ressortait très nettement que plus on différait l'intervention, plus grandes étaient les chances de mort du fœtus, moins grandes étaient les chances de survie de la mère. Nous avions conclu que bien qu'il faille d'une façon générale être sobre d'opération sur une femme enceinte, faire un diagnostic précoce et intervenir aussitôt était la conduite logique à tenir ; car si la généralisation n'avait pas encore eu le temps de se faire, on pouvait espérer sauver l'enfant avec la mère, on tout au moins donner à la mère une survie suffisante pour lui permettre d'accoucher à terme.

L'autopsie nous ayant montré que ce qui restait du fémur, après l'amputation, était absolument sain, nous avons été conduit à admettre : 1° Que la généralisation pulmonaire s'était faite avant l'intervention ; 2° que l'amputation sous-trochantérienne était suffisante et qu'elle devait être préférée dans la majorité des cas à la désarticulation de la hanche d'une toute autre gravité.

TORSION DES FIBROMES AU COURS DE LA GROSSESSE

(*Semaine gynécologique*, 1906.)

La communication de MM. Lepage et Mouchotte à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie relative à la torsion des fibromes au cours de la grossesse, nous a engagé à publier une observation en tout superposable à la leur que nous avions recueillie à Lariboisière, dans le service de notre excellent maître, le docteur agrégé Peyrot. L'histoire de la torsion des fibromes était à peine ébauchée et c'est pour cela qu'il nous a paru intéressant d'ajouter une observation nouvelle aux cinq recueillies par MM. Lepage et Mouchotte dans la littérature médicale française et étrangère. Comme dans tous les cas publiés, il s'agissait d'une primipare. Nous avons insisté sur l'évaluation lente, se faisant par poussées successives avec accalmies trompeuses, sur les difficultés du diagnostic et sur le résultat opératoire qui fut excellent.

Comme dans la plupart des cas opérés, notre malade a guéri et la grossesse a continué son évolution d'une façon normale, preuve nouvelle que les interventions au cours de la grossesse ne présentent pas de gravité particulière, et que les avortements post-opératoires sont en somme rares, si l'on évite l'infection et si l'on suit les sages conseils de M. le professeur Pinard.

Nous avons été frappé du petit nombre de cas publiés ; cependant, en dehors de la grossesse, la torsion des fibro-

mes n'est point exceptionnelle, et nous avons eu l'occasion d'en observer un très beau cas que nous avons présenté à la Société anatomique. Or, s'il est exact que la grossesse favorise la torsion des kystes de l'ovaire, elle doit favoriser également la torsion des fibromes pédiculés; aussi restons-nous convaincu que la rareté de l'affection n'est point seule responsable de la pénurie d'observations et qu'un certain nombre de cas sont passés inaperçus ou n'ont pas été publiés.

CHAPITRE II

OCCLUSIONS POST-OPÉRATOIRES

(*Tribune médicale 1906.*)

Les occlusions post-opératoires sont rares incontestablement, moins rares cependant qu'on ne pourrait le croire à la lecture de certains auteurs. La littérature médicale est déjà riche en faits de ce genre. Dans le cours de trois années d'Internat il nous a été donné d'en observer quatre cas : deux à Lariboisière, deux à l'Hôtel-Dieu et ces quatre observations ont servi de base à notre travail.

Laissant de côté l'occlusion à forme spasmodique qui reste encore à démontrer, et l'occlusion paralytique qu'il ne nous était pas possible de séparer de la péritonite qu'elle accompagne, considérant avec M. le professeur Terrier les phénomènes de paralysie intestinale post-opératoire comme toujours dus à une infection péritonéale quelque légère qu'elle soit, laissant de côté les occlusions dues à une faute opératoire, les plus rares sans doute, et aussi les plus faciles à éviter, nous avons divisé les occlusions post-opératoires en trois groupes ;

1° *Les occlusions par brides* ;

2° *Les occlusions par adhérences* :

3° *Les occlusions par vices de position.*

C'est sur ces dernières que nous avons surtout insisté.

Il est une cause de ces occlusions par vice de position que l'on ne trouve signalée ni dans les thèses, ni dans les travaux d'ensemble et que nous avons essayée de mettre en lumière : *c'est la position de Trendelenburg.*

La position inclinée a rendu des services incalculables, et l'on peut dire que c'est grâce à elle que la chirurgie de l'utérus et des annexes a pu prendre ces quinze dernières années un développement considérable et faire des progrès énormes. Mais à côté des nombreux avantages que nous n'avions pas besoin de rappeler, la position de Trendelenburg à quelques inconvénients qu'il est bon de connaître et de ne point dédaigner.

Le moins étudié mais le plus redoutable peut-être c'est l'occlusion intestinale.

Bien des cas sans doute sont passés inaperçus ou n'ont pas été rapportés à leur véritable cause et nons restons convaincus qu'un certain nombre d'occlusions post-opératoires sont attribuables à la position de Trendelenburg.

Le mécanisme est facile à comprendre. Le passage de la position déclive, où le côlon transverse et les anses grêles sont refoulés sous le diaphragme, à la position horizontale suffit dans certains cas à provoquer la torsion, la coudure intestinale. Les deux cas de Kraske nous en fournissent la preuve. Mais la plupart du temps un autre facteur intervient, c'est la décompression intestinale, c'est le vide abdominal. Après l'ablation d'une grosse tumeur, d'un kyste de l'ovairie par exemple, l'intestin se trouve trop à l'aise dans une cavité beaucoup trop grande pour lui et facilement il se déplace, et subit des mouvements d'une amplitude

exagérée qui le conduisent à la torsion ou à la coudure. Nous avons insisté sur cette cause parce qu'elle était encore peu connue et que de sa connaissance découle une thérapeutique préventive des plus importantes.

Nous avons montré dans notre travail combien il était difficile de faire un diagnostic précoce de ces occlusions post-opératoires, combien elles évoluaient insidieusement, masquées par les phénomènes d'inhibition que l'on est habitué à rencontrer après les laparotomies. On met trop volontiers sur le compte de l'anesthésie les vomissements qui se répètent, on fait jouer un rôle exagéré à la sensibilité du sujet, on hésite, le temps passe, il est trop tard, et l'on regrette d'avoir tergiversé dès l'apparition des premiers accidents et de ne pas avoir su prendre à temps une décision hardie qui seule pouvait sauver le malade. Faire un diagnostic précoce et intervenir aussitôt, telle est la couduite à tenir; les résultats heureux sont assez nombreux pour nous encourager dans cette voie.

Nous avons insisté sur la thérapeutique préventive, nous avons montré que la péritonisation soignée des surfaces cruentées, l'étalement du côlon pelvien, l'enfouissement des moignons, la résection des parties de l'épiploon enflammées devaient réduire au minimum le nombre des occlusions post-opératoires et nous avons conseillé en outre de remettre l'opéré dans la position horizontale pour la suture de la paroi et de ne jamais refermer le ventre sans s'assurer de la bonne position des anses intestinales.

DE LA JÉJUNOSTOMIE

(*Thèse de doctorat*, Paris, 1907.)

Dans cette étude, basée sur 185 observations et de nombreuses expériences personnelles sur les animaux, après avoir rappelé, avec M. le professeur Terrier, que la jéjunostomie est bien d'origine française, nous nous sommes efforcés de prouver que la jéjunostomie était une opération rationnelle au point de vue physiologique ; nous l'avons suivie depuis ses premiers pas, bien timides et mal assurés jusqu'à aujourd'hui, ou plus hardie elle n'hésite pas à se placer au rang des opérations ayant fait leurs preuves, nous avons montré qu'elle valait mieux qu'on ne l'avait cru, qu'elle pouvait rendre de réels services, et nous avons tâché de préciser ses indications :

1° *Dans le cancer de l'estomac ;*

2° *Dans l'ulcère de l'estomac ;*

3° *Dans les brûlures de l'estomac et de l'œsophage.*

Dans un dernier chapitre nous avons fait un exposé critique des différents procédés opératoires.

La jéjunostomie a pour but :

1° *D'ouvrir à l'alimentation une voie dérivée ;*

2° *De mettre l'estomac au repos.*

L'un et l'autre sont évidemment solidaires, mais ils n'en répondent pas moins à des indications parfois différentes, et cette mise au repos de l'estomac peut devenir à elle seule le but principal du traitement, alors qu'aucun obstacle mé-

canique n'entrave encore gravement l'alimentation par voie normale.

Avant de poser les indications de la jéjunostomie, nous devions nous demander :

1° *Si l'alimentation exclusive par une bouche jéjunale pouvait être suffisante ;*

2° *Si l'estomac était mis au repos complet par l'établissement de cette bouche artificielle.*

L'examen attentif des nombreuses observations que nous avions sous les yeux, et les résultats de l'expérimentation, nous ont permis de conclure que la jéjunostomie était capable de permettre une alimentation dérivée suffisante, et qu'elle assurait à l'estomac un repos incomplet sans doute, mais cependant très marqué.

I. — Indications de la jéjunostomie dans le cancer de l'estomac.

Le cancer trop avancé dans son évolution, trop étendu, très adhérent, inopérable, fut longtemps la seule indication de la jéjunostomie. On ne pouvait pas faire mieux, on faisait une jéjunostomie. Chirurgie détestable que cette chirurgie sur des moribonds. Pour nous son rôle dans les affections néoplasiques de l'estomac n'est qu'un rôle accessoire, secondaire, elle ne répond qu'à des indications d'urgence. Ne vivant que des contre-indications de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie, elle ne constitue qu'une opération palliative de second ordre, qui disparaîtra le

jour où il sera possible de faire un diagnostic précoce du cancer de l'estomac, le jour où les médecins, persuadés de l'innocuité d'une laparotomie exploratrice, des bienfaits d'une opération radicale, enverront tôt les malades aux chirurgiens.

Limitée aux néoplasmes gastriques, il est bien certain que la jéjunostomie ne devrait pas prétendre à un brillant avenir. C'est ici une opération de nécessité, un pis aller, une *ultima ratio* opposée aux cas où tout autre chose est impossible, mais encore ne faut-il pas hésiter à la pratiquer dans certains cas, et faut-il bien savoir qu'elle soulage les malades, fait cesser les douleurs, arrête les vomissements, relève l'état général et donne aux malheureux patients une survie courte en général, mais qui se prolonge parfois plus que l'on n'aurait pu le supposer ou l'espérer.

Sont justiciables de la jéjunostomie ;

1° *Carcinome inextirpable non sténosant s'accompagnant de douleurs vives et de vomissements fréquents ;*

2° *Carcinome sténosant si la résection ou la gastro-entérostomie est impossible ;*

3° *Carcinome du pylore coexistant avec un carcinome du cardia ;*

4° *Carcinome s'accompagnant d'un état général tel, qu'il ne permet pas une gastro-entérostomie techniquement possible.*

Ainsi posée la jéjunostomie a de réels avantages. Elle est exécutable dans tous les cas, elle permet de nourrir immédiatement le malade et amène la mise au repos de l'estomac. Il est incontestable qu'elle procure un soulage-

ment notable et rend moins cruelle la fin des malheureux cancéreux arrivés à la période ultime de leur affection.

II. — Indications de la jéjunostomie dans l'ulcère de l'estomac.

Bien plus important à notre avis est le rôle de la jéjunostomie dans les affections non néoplosiques de l'estomac; ses indications sont multiples. Elle devient une opération de choix et là où la gastro-entérostomie a échoué nous la voyons réussir et donner d'excellents résultats.

Dans *l'ulcère sténosant et cicatrisé*, la question ne se pose pas, la jéjunostomie s'efface, la gastro-entérostomie reprend ses droits et l'on peut dire que d'une manière générale la gastro-entérostomie demeure jusqu'à nouvel ordre la thérapeutique de choix de l'ulcus froid.

Il n'en est pas de même de *l'ulcère floride* compliqué ou non d'hémorragie, de douleurs et d'intolérance gastrique. Avec Monprofit certains chirurgiens font de la gastro-entérostomie l'agent thérapeutique de toutes les affections gastriques. Malgré l'admiration profonde que nous avons pour cette opération, le triomphe de la chirurgie gastro-intestinale, nous croyons que c'est lui rendre mauvais service que de l'appliquer toujours et quand même. La gastro-entérostomie compte à son actif de nombreux insuccès et si les résultats immédiats sont en général assez bons, les résultats éloignés laissent au contraire trop souvent à désirer. Les observations sont nombreuses où l'on trouve noté, souvent peu de temps après l'interven-

tion, le retour des hémorragies, des douleurs et des vomissements. L'ulcère peptique du jéjunum n'est pas un mythe, nous en avons relevé un assez grand nombre de cas dans notre thèse. La gastro-entérostomie ne guérit pas l'ulcère en évolution, elle permet au traitement médical d'être plus efficace, elle supprime la stase, supprime de ce fait un facteur d'hyperchlorhydrie et les douleurs tardives. La gastro-entérostomie agit par répercussion en mettant l'estomac au repos, repos très imparfait, mais repos suffisant si l'on est en présence d'un ulcère pylorique.

En fait, la gastro-entérostomie n'est indiquée dans l'ulcère floride que si ce dernier siège dans la région pylorique.

Nous appuyant sur 42 observations, nous avons étudié la jéjunostomie dans l'ulcère cicatrisé, dans l'ulcère floride compliqué d'hémorragies aiguës ou chroniques ou s'accompagnant de douleurs vives et d'intolérance gastrique, et nous avons conclu que la jéjunostomie est indiquée :

1° *Lorsqu'il existe un ulcère sténosant du pylore et du cardia;*

2° *Dans les hémorragies chroniques, rebelles au traitement médical, lorsque l'ulcère siège en dehors de la région pylorique et que l'excision n'est pas particulièrement indiquée ;*

3° *Dans les formes d'ulcères où l'intolérance est absolue, les douleurs très vives et provoquées par l'alimentation ;*

4° *Dans les ulcères multiples avec rétrécissement de l'estomac et périgastrite étendue accompagnée d'irritation très vive ;*

5° *Dans tous les cas où le procédé radical ou la gastro-entérostomie indiquée par l'état local n'est point possible à cause de l'état de faiblesse extrême du malade.*

Dans la plupart des observations recueillies, la jéjunostomie est suivie d'une amélioration notable et rapide : les douleurs disparaissent, les vomissements et les hémorragies chroniques s'arrêtent et l'on voit fondre pour ainsi dire les tumeurs inflammatoires.

III. — Indications de la jéjunostomie dans les brulures de l'œsophage et de l'estomac.

Si les indications de la jéjunostomie dans l'ulcère telles que nous les avons données sont discutables et peu admises en France, où les sympathies vont droit à la gastro-entérostomie, il n'en est point de même lorsqu'on se trouve en présence de brûlures de l'estomac par caustique. Ici sans aucun doute, c'est à la jéjunostomie qu'il faut s'adresser, elle seule réalise le repos nécessaire de l'estomac, elle seule permet d'alimenter le malade d'une façon suffisante elle seule peut le mettre à l'abri dans une certaine mesure des complications qui le menacent et favoriser la guérison de la gastrite phlegmoneuse. Plus tard, lorsque les accidents de la première période se sont calmés, lorsque les retrécissements multiples se constituent la jéjunostomie permet d alimenter le malade jusqu'à complète guérison, jusqu'au moment où il sera possible de faire plus, de faire mieux.

Dans les brûlures de l'estomac, la jéjunostomie est une opération d'urgence, une opération préliminaire qui devra être remplacée plus tard par une gastro-entérostomie. Nous avons recueilli quatorze observations de jéjunostomie appliquée aux brûlures de l'œsophage et de l'estomac, huit fois la guérison fut obtenue. Si l'on tient compte de la haute gravité de l'affection, si l'on tient compte en outre de ce fait que dans bien des cas l'opération fut exécutée très tardivement, sur des malades affaiblies ou mourantes on conviendra que les résultats obtenus sont des plus encourageants.

Ces résultats seront d'autant meilleurs que l'intervention sera plus précoce et c'est, d'après nous, une grave erreur que de recevoir, dans les services de médecine, ces malades atteints de brûlures de l'œsophage et de l'estomac sous l'étiquette d'empoisonnement. La médecine ne peut rien, la chirurgie seule peut les sauver et c'est au chirurgien qu'il appartient de décider du moment de l'intervention.

IV. — Parallèle entre la jéjunostomie et la duodénostomie.

Comme la jéjunostomie, la duodénostomie réalise la mise au repos de l'estomac et permet l'alimentation du malade par une voie dérivée.

Au premier abord, la duodénostomie paraît avoir un certain nombre d'avantages sur la jéjunostomie. Elle ne

supprime pas en effet la digestion duodénale, elle permet au réflexe duodéno-pancréatiqne et duodéno-hépatique de se produire, elle a de plus la prétention d'éviter la déperdition des sucs intestinaux.

Ces avantages sont plus théoriques que réels. Nous avons démontré qu'après jéjunostomie la digestion se fait d'une façon normale et complète, comme le prouvent l'examen des fèces et l'augmentation du poids des opérés. C'est qu'en effet, lorsque la continence est parfaite, et elle doit l'être il n'y a déperdition ni du suc pancréatique, ni de la bile, et dès lors l'action de ces liquides n'est point perdue et continue à s'exercer.

A côté d'avantages bypotbétiques, la duodénostomie présente des inconvénients sérieux : La bouche duodénale sera souvent trop procbe de la lésion gastrique et trop exposée par conséquent à l'envahissement secondaire. Dans bien des cas, il sera même impossible d'amener le duodénum à la paroi et de le fixer à cause des adhérences qui l'immobiliseront en même temps que le pylore. Elle ne met pas enfin à l'abri du reflux de la bile comme le prouve le cas de Tuffier qui fut obligé de recourir à une jéjunostomie secondaire.

V. — Procédés opératoires

Depuis la première intervention de jéjunostomie faite par Surmay de Ham en 1878, nombreux sont les procédés qui successivement ont vu le jour. Tandis que les indications

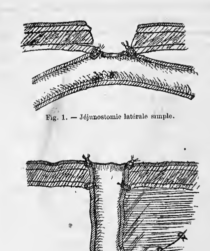


Fig. 1. — Jéjunostomie latérale simple.

Fig. 2. — Procédé de Maydl.

s'étendaient se précisaient la technique opératoire se modifiait et se perfectionnait.

Nous avons divisé les différents procédés opératoires en deux grands groupes :

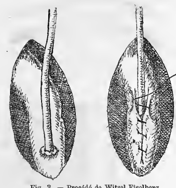


Fig. 3. — Procédé de Witzel Eiselberg.

1° *Les jéjunostomies latérales* ;

2° *Les jéjunostomies terminales ou en* Y.

En fait, trois procédés types :

Procédé de Surmay-Terrier ;

Procédé de Maydl ;

Procédé de Eiselberg-Witzel,

avec de nombreuses variantes.

Auquel de ces procédés devons-nous avoir recours. ?

La jéjunostomie doit répondre à deux conditions essentielles :

1° *Sa technique doit être simple et rapide* ;

2° *Elle doit réaliser une continence absolue.*

Il est incontestable que la jéjunostomie latérale simple à la Surmay-Terrier est de beaucoup la plus simple, mais si elle peut donner et donne assez souvent de bons résultats immédiats, elle ne tarde pas à devenir insuffisante. La lecture des nombreuses observations que nous avons publiées et les résultats de l'expérimentation ne laissent aucun doute à ce sujet. Or, la bouche jéjunale doit être continente, c'est la principale donnée du problème, c'est ce que le chirurgien doit s'efforcer de réaliser. C'est de la bonne tenue de la fistule jéjunale que dépend l'avenir de l'opéré.

Deux procédés ont fait leur preuve :

D'une part celui de Maydl ;

D'autre part celui d'Eiselberg-Witzel.

La jéjunostomie en Y de Maydl avec les variantes de Souligoux ou de Quénu donne des résultats fonctionnels excellents, mais c'est un procédé long et présentant une certaine gravité opératoire.

Aussi la jéjunostomie latérale avec canalisation de Eiselberg-Witzel a-t-elle réalisé un progrès. C'est une opération facile, rapide, simple, sans gravité, ne nécessitant pas l'anesthésie générale et donnant dans la majorité des cas de bons résultats, de plus la fistule jéjunale a tendance à se fermer spontanément après l'enlèvement de la sonde.

A côté de ces avantages appréciables, la jéjunostomie avec canalisation a quelques inconvénients que nous avons signalés dans notre travail et sur lesquels nous ne pouvons revenir ici.

En résumé :

1° Dans le cancer de l'estomac, la jéjunostomie est une opération palliative de second ordre, ne vivant que des contre-indications de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie, elle donne et ne peut donner que des résultats médiocres.

2° Dans l'ulcère peptique ses indications sont plus nombreuses, plus étendues. L'ulcère non pylorique compliqué ou non résistant au traitement médical est heureusement influencé dans sa marche par la création d'une bouche jéjunale.

3° Dans les brûlures de l'œsophage et de l'estomac, la jéjunostomie est l'opération de choix, elle est ici une opération d'urgence, elle a donné de bons résultats et peut encore en donner de meilleurs.

4° Deux procédés excellents :

Procédé en Y avec torsion à la Souligoux ou variantes de Quénu, de Kelling;

Procédé de Eiselberg-Witzel.

Le premier, plus compliqué, s'adresse aux malades encore résistants.

Le deuxième, plus simple, plus rapide, moins grave, convient aux malades affaiblis, incapables de supporter une intervention de quelque durée.

5° La jéjunostomie est définitive ou temporaire. Temporaire, la fistule doit être maintenue un temps relativement long, même si l'amélioration est très sensible et très rapide; il ne faut pas se hâter de faire reprendre l'alimentation par les voies naturelles, il est indispensable auparavant de tâter l'estomac et de voir si le chimisme gastrique est revenu à l'état normal.

EXCLUSION INTESTINALE SANS SECTION PRÉALABLE DE L'INTESTIN

(Société de chirurgie, 1906. En collaboration avec M. Souligoux.)

Si l'on écrase l'intestin entre les mors d'une pince puissante (pinces de J.-L. Faure, de Souligoux, Doyen, Tuffier), toute la paroi intestinale est annihilée sauf la séreuse. La musculouse, la muqueuse sont réduites en bouillie, seule la séreuse reste intacte.

Cet écrasemont de la paroi intestinalo est réalisé dans l'étranglemeut herniaire. Or, c'est un fait d'observation que les anses intestinales fortement comprimées par un anneau herniaire peuvent présenter un rétrécissement annulaire au niveau du point comprimé, rétrécissement plus ou moins accusé, suivant que la constriction a été plus ou moins intense, et plus ou moins prolongée.

Nous avons pu réaliser dans de nombreuses expériences avec notre maître et ami, M. Souligoux, dans le laboratoiro de M. le professeur Reclus, des rétrécissements annulaires, absolument analogues à ceux que l'on observe quelquefois après l'étranglement herniairo.

En écrasant une partie de l'intestin d'uu chien et abandonnant l'anse ainsi écrasée dans la cavité abdominale, nous avons toujours produit un rétrécissement très serré.

De là à chercher à réaliser l'obturation de l'intestin, il n'y avait qu'un pas, et avec notre maître et ami Souligoux, nous sommes arrivés à résoudre ce problème bien souvent posé jamais résolu d'exclure un segment intestinal sans section préalable de l'intestin.

Le premier, Von Hacker, en 1889, pour la cure d'un anus contre nature, proposa de faire sur l'anse intestinale au-dessous de l'entéro-anastomose latérale un pli transversal maintenu par des sutures et formant valvule.

Plus tard, M. le professeur Le Dentu essaya d'obtenir l'exclusion en faisant, à la curette, l'abrasion de la muqueuse et une série de plicatures.

Chaput, en 1892, fit une ligature à la soie puis à la gaze iodoformée de l'intestin, au-dessous de l'anastomose.

En 1897, Mosetig-Moorhof, Ricard, renouvelèrent ces expériences en se servant d'un catgut qu'ils enfouissaient dans un surjet.

Helferich, Körte, Ervin Payr, essayèrent de produire des valvules et de les maintenir en accolant par des points séparés, ou en faisant une suture en bourse, deux surfaces péritonéales.

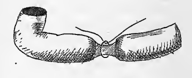
Toutes ces tentatives échouèrent.

Plus heureux que nos devanciers, nous avons réussi sur les animaux et sur l'homme à exclure un segment intestinal sans section préalable de l'intestin.

Voici notre technique telle que nous l'avons exposée avec M. Souligeux à la Société de chirurgie avec de nombreuses pièces à l'appui.

1° Laparotomie.

Fig. I. — Ecrasement.



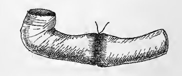


Fig. II et III. — Ligature et surjet.

2° Recherche du segment à exclure et du point où doit siéger l'anastomose.

3° Ecrasement de l'intestin.

Il est nécessaire de se servir d'une pince puissante à larges mors, et de charger à fond l'intestin.

La pression doit être lente et progressive, puis la pince est ouverte avec précaution et dégagée du mince feuillet péritonéal collé contre ses mors.

4° Une soie n° 2 ou 3 est placée sur la partie écrasée.

Le nœud doit être modérément serré, il est destiné à maintenir en contact les deux parois intestinales.

5° La ligature est faite.

Nous rapprochons alors les deux bouts intestinaux et les réunissons par un surjet à la soie fine, enfouissant ainsi la partie écrasée et la ligature.

6° Puis nous pratiquons l'entéro-anastomose, ayant réalisé ainsi une exclusion unilatérale d'un segment intestinal. Si l'exclusion devait être bilatérale, on ferait la même opération sur l'autre extrémité de l'anse exclue.

Un point important : L'écrasement doit porter juste à la limite de l'anastomose, de manière à éviter la production d'un cul-de-sac où viendraient s'accumuler les matières fécales.

Que va-t-il se produire ?

Les nombreuses pièces que nous avons présentées à la société de chirurgie sont des plus probantes.

L'intestin écrasé et enfoui n'a aucune tendance au sphacèle. Très rapidement il se forme un noyau cicatriciel oblitérant. Le segment exclu s'atrophie en très peu de temps d'une façon très notable.

Dans les laboratoires de MM. les professeurs Reclus et Le Dentu, nous avons opéré 14 chiens. Nous les avons sacrifiés un mois et demi, 2 mois, 4 mois, et 6 mois après l'intervention. Toujours le noyau cicatriciel oblitérant a été obtenu, jamais la lumière intestinale ne s'est rétablie. Histologiquement le diaphragme oblitérant est représenté par du tissu de cicatrice.

Ce procédé présente à notre avis de nombreux avantages.

Il est simple, facile, rapide, efficace et sans gravité opératoire. Une ligature, un surjet au lieu de deux ligatures, d'une section, de deux surjets.

Il n'y a pas ouverture de la cavité intestinale et par conséquent moins de chance d'infection.

Autres avantages : L'anastomose restant fixée à la partie sous-jacente de l'intestin, elle ne peut être entraînée, après une iléo-sigmoïdostomie par exemple, par l'anse sigmoïde dans la cavité pelvienne et se couder comme il n'est point très rare de l'observer après l'exclusion par section.

De plus, après exclusion par écrasement simple sans section préalable de l'intestin, il n'existe pas de pont mésentérique capable de produire un étranglement interne, et il devient inutile de faire un capitonnage du méso comme le conseille Labbé ou de fixer la mésentère à la séreuse de la paroi postérieure de l'abdomen, comme le veut Lance dans les exclusions par section.

Ce procédé est efficace ; nous n'en voulons pour preuve que nos pièces expérimentales et les résultats excellents

obtenus chez l'homme dans les six cas où ce procédé fut employé :

3 fois pour anus contre nature ;

1 fois pour tuberculose iléo-cœcale ;

1 fois pour cancer du cœcum ;

1 fois pour fistule cœcale de nature tuberculeuse.

Six cas, six guérisons opératoires. Sur 3 cas d'anus contre nature : deux guérisons parfaites, un résultat nul, dans ce cas l'exclusion étant unilatérale après iléo-sigmoïdostomie, et l'anus siégeant au niveau du cœcum il est vraisemblable que les matières remontèrent par les côlons.

Dans les deux cas de tuberculose iléo-cœcale et de cancer du cœcum, les résultats fonctionnels furent excellents et l'amélioration de l'état général très notable. Le tuberculome hypertrophique du cœcum disparut complètement et l'opérée augmenta de 10 livres.

Dans le cas de fistule pyo-stercorale de nature tuberculeuse, le résultat est aussi bon qu'il pouvait l'être, la fistule persiste mais il ne s'écoule plus de matières fécales.

En résumé, ce procédé d'exclusion intestinale par écrasement simple sans section préalable de l'intestin nous paraît avoir de sérieux avantages.

Il est simple, facile, rapide, sans gravité opératoire et capable de donner des résultats excellents.